

# 同意・確約書

私は、身体障害者手帳、療育手帳、自立支援医療、養育医療の交付申請において、交付決定となった場合、下記に該当する同意事項にかかる認定や自己負担額決定等に必要な私の世帯の所得額、税額、年金の受給額、加入保険等について、土佐清水市福祉事務所長が、調査又はそれを管轄している税務署及び日本年金機構各年金事務所、市町村各担当課等の関係機関に照会若しくは調査を依頼することに同意します。

また、自立支援医療又は養育医療については、支給決定後は受給者証に記載された事項を、指定医療機関に情報提供することに同意します。

なお、私以外の世帯員についても、上記内容に同意していることを確約します。

## 記

同意・確約する事項	該当者
NHK減免認定証明に関する事。	手帳申請者全員
福祉医療（障害者・高齢障害者医療）認定に関する事。	1級・2級・A1・A2に該当となった65歳以上の者
自立支援医療（更生医療）の自己負担額決定に関する事。（自立支援医療対象者）	自立支援医療（更生医療）対象者
自立支援医療（育成医療）の自己負担額決定に関する事。（自立支援医療対象者）	自立支援医療（育成医療）対象者
養育医療の自己負担額決定に関する事。（未熟児医療対象者）	養育医療対象者
後期高齢者医療の保険料等に関する事。	4級の一部（下肢）及び3級以上で、65歳以上75歳未満の者

令和 年 月 日

土佐清水市福祉事務所長 様

住 所 土佐清水市

氏 名

印

（該当者が18歳未満の場合は保護者）

この写しは、原本と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

土佐清水市福祉事務所長